

## **ВПЛИВ РЕСПІРАТОРНИХ ІНФЕКЦІЙ НА ПЕРЕБІГ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ**

*Маркевич В. Е., Кадацький М. Д., Сулім Г. А., студ. 5-го курсу  
СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики*

Для вивчення впливу респіраторної інфекції на перебіг приступного періоду бронхіальної астми обстежено 59 дітей у віці від 2 до 13 років, що знаходились на лікуванні у відділеннях обласної дитячої клінічної лікарні м. Суми з діагнозом "Бронхіальна астма, нападний період". У 29 чоловік при госпіталізації в стаціонар поряд із симптомами бронхіальної обструкції були виражені клінічні ознаки гострої респіраторної інфекції, у 30 пацієнтів загострення астми мало неінфекційний характер.

При вивченні анамнезу життя пацієнтів з інфекційно-обумовленим загостренням астми були виявлені деякі особливості. Ускладнений перебіг вагітності зафіксований у 95% матерів, майже у половини відзначався гестоз першої та/або другої половини вагітності, у 12,5% - анемія, у 25% виявлені урогенітальні інфекції, з них у 57,1% виявили 2 і більше інфекційних агентів. Третина матерів перенесли хоча б один епізод гострого респіраторного захворювання, у 26,8% відмічено загострення хронічної або інфекційної патології. На першому році життя боліли 84,7% обстежених, 90% хворих даної категорії перенесли 2 і більше епізодів гострої респіраторної інфекції. Відвідували дитячі дошкільні установи 84,2% дітей, 73,6% батьків зв'язують виникнення перших нападів задишки саме з початком перебування у дитячому садочку. В облаштованих квартирах проживає 85% дітей, у 68,4% випадках в родині є курячі родичі, з яких 30% курять у квартирі. Одночасно з ГРВІ приступ розвивається у 57,8% обстежених, у інших - пізніше на 2-3 дні від початку респіраторної інфекції. Виявлені певні дефекти лікування цих дітей на амбулаторному етапі: тільки третина одержувала противірусні і імуномодуючі засоби при лікуванні ГРВІ, профілактика повторних респіраторних захворювань здійснювалась у 27% пацієнтів.

Вірусологічний діагноз підтверджений у 21% хворих. З однаковою частотою виділявся вірус грипу А3, грипу В, парагрипу, аденовірус. Кількість лейкоцитів периферичної крові у більшості хворих знаходились в межах норми, була тенденція до незначної лімфопенії, однак абсолютне число лімфоцитів було в нормі у всіх обстежених. Лейкоцитарний індекс інтоксикації у більшості пацієнтів був у межах 0,3-1,5, значне його підвищення відзначене у дітей з важким перебігом астми. У дітей із загостренням бронхіальної астми на тлі респіраторної інфекції, у порівнянні з дітьми без ознак інфікування, був виявлений більш високий рівень загального імуноглобуліну Е в периферичній крові як на початку загострення, так і на 7-10 день лікування. Зниження флоурометричних показників (об'єм форсованого видиху, форсована життєва ємність легень і т.д.) на початку приступу більш виражені у дітей з інфекційним загостренням астми, їхнє відновлювання до вікової норми в даній групі було тривалішим.

Таким чином, ми установили, що діти із інфекційним загостренням бронхіальної астми мають певні анамнестичні особливості (висока частота впливу інфекційних факторів в антенатальному періоді і ранньому дитинстві), відрізняються більш важким і тривалим перебігом приступного періоду, більш вираженими і тривалими порушеннями бронхіальної прохідності. Виявлені зміни необхідно враховувати при лікуванні інфекційно-обумовлених загострень бронхіальної астми у дітей. Необхідно рекомендувати більш тривале застосування бронхолітиків у постприступному періоді астми на фоні респіраторних інфекцій.